

Seniorzy na całym świecie nakręcają koniunkturę w biznesie medycznym

# Żyła złota powyżej siedemdziesiątki

Czy współczesny świat rozumie i dostrzega problemy seniorów, czy jest im przychylny? Na te pytania nie ma łatwej i jednoznacznej odpowiedzi. Jedno jest jednak pewne: w biznesie medycznym, a szerzej na całym rynku medycznym nie ma innego wyjścia – trzeba te problemy rozumieć. Za pacjentami w podeszłym wieku idą pieniądze. Zamiast więc narzekać na starzenie się społeczeństwa, powinniśmy się zastanowić, jak wykorzystać kapitał drzemący w emerytach.

Współcześni staruszkowie to zupełnie inni ludzie niż ci, których jako wnuki zapamiętaliśmy w osobach dziadków. Jacy? Jak im pomóc? Prezentujemy artykuł Greta Kanownik.



Na całym świecie społeczeństwa się starzeją, ludzie starsi zaczynają stanowić pokaźną grupę demograficzną, czego konsekwencją jest zmiana ich postrzegania przez innych. Obecnie model rodziny nie opiera się na wielopokoleniowej dynastii, w której rola seniora sprowadza się do wychowywania wnuków, a dożycie podeszłego wieku jest równoznaczne z posiadaniem ogromnej wiedzy i doświadczenia.

### Babcia na Karaibach, dziadek w internecie

Według badań przeprowadzonych przez SWPS w trójmiejskim Uniwersytecie Trzeciego Wieku w latach 2006–2008, seniorzy są otwarci na nowości, z reguły zadowoleni z życia i przejścia na emeryturę, prowadzą aktywne życie towarzyskie, dbają o swoje zdrowie i rozwijają zainteresowania. Coraz częściej korzystają z internetu, doksztalcają się, chcą być modni. Kobiety są bardziej aktywne i lubią czuć się potrzebne innym, mężczyźni zaś szukają spokoju i lubią oddawać się własnym zainteresowaniom. Co ciekawe, seniorzy stali się atrakcyjną grupą docelową, która ma własny styl i swoje potrzeby. Coraz więcej jest skierowanych do nich kampanii reklamowych. Ale to tylko jedna, ta bardziej pozytywna, strona medalu. Niestety jest i ta mniej barwna i optymistyczna strona starości. Otóż osoby negatywnie nastawione do świata są zagrożone depresją i zdecydowanie gorzej znośzą dolegliwości chorobowe, nie mogą sobie także poradzić z otaczającą je rzeczywistością. Natomiast ludzie aktywni i optymistyczni o wiele łatwiej radzą sobie z problemami codzienności, potrafią mimo ograniczeń dążyć do wytyczonego celu. Seniorzy we współczesnym świecie nie zgadzają się na marginalizowanie ich w społeczeństwie. Wybierają zatem aktywność fizyczną, trenują umysł i są bardzo świadomi tego, jak destruktywny wpływ na ich życie ma samotność i choroby. Dlatego starają się prowadzić zdrowy tryb życia i kształcą się poprzez rozwój zainteresowań i realizację swoich potrzeb. Pytanie: czy to nie za mało, czy samotna walka seniorów z przemijającym czasem zapewni im godne życie?

### Akceptacja społeczeństwa, niechęć urzędnika

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2007 r. wynika, że życzliwy stosunek do seniorów dominuje w rodzinie – 79 proc., w środowisku sąsiedzkim – 68 proc. i w parafii – 64 proc. Osoby starsze rzadziej spotykają się z pozytywnym nastawieniem w sklepach – 46 proc. oraz w byłym miejscu pracy – 41 proc. Postawy negatywne wobec ludzi w podeszłym wieku przeważają natomiast – co jest bardzo znamienne i jednocześnie zaskakujące – w placówkach służby zdrowia, urzędach, na ulicy i w środkach komunikacji miejskiej. Jak wynika z przytoczonych badań, osoby starsze w Polsce traktowane są bardzo różnie, dlatego konieczne jest budowanie tzw. pozytywnego wizerunku seniorów i ich roli w społeczeństwie poprzez pokazywanie

„Seniorzy stali się atrakcyjną grupą docelową, która ma własny styl i potrzeby. Coraz więcej jest kampanii reklamowych skierowanych do osób starszych”

starości jako naturalnego etapu w życiu każdego człowieka. Ważne jest też, by w debacie publicznej przedstawiać osoby starsze jako twórcze i wnoszące istotny wkład zarówno w życie społeczne, jak i ekonomiczne. Budowanie pozytywnego wizerunku tej grupy w społeczeństwie jest jednak długotrwałe i wymaga zaangażowania oraz współpracy choćby mediów, samorządów lokalnych, szkół, uczelni, pracodawców, przedstawicieli ochrony zdrowia i państwa.

### Jak się przygotować

Czy tego chcemy, czy nie, starzejemy się, a państwo, w tym polski system opieki zdrowotnej, powinno być przygotowane na rosnącą liczbę osób starszych. Tymczasem badanie PolSenior ujawniło, że borykamy się z wieloma problemami w tym zakresie, np. wysokim odsetkiem nierozpoznanych problemów klinicznych typowych dla wieku podeszłego, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca i choroby tarczycy, anemia czy przewlekła choroba nerek, co zwiększa częstość i wydłuża czas hospitalizacji seniorów oraz pociąga za sobą wzrost kosztów leczenia. Dodatkowo występuje niedostateczne diagnozowanie tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, czyli depresji, otępienia czy upadków, które zwiększają ryzyko niesprawności osób starszych i konieczności leczenia szpitalnego.

Kolejnym problemem jest stosowanie przez seniorów dużej ilości leków, co stwarza ryzyko występowania niekorzystnych interakcji mogących znacząco pogarszać ich sprawność i stan zdrowia. Lekarze muszą więc analizować wszystkie leki przyjmowane przez pacjentów w podeszłym wieku. Poza tym, by uniknąć powtórnych hospitalizacji, należy monitorować realizowanie zaleceń szpitalnych, dlatego konieczna jest poprawa komunikacji pomiędzy szpitalem a przychodnią, w której na co dzień leczy się dany pacjent, a także ścisła współpraca placówek medycznych i pomocy społecznej. Niezbędna jest zatem skoordynowana i kompleksowa opieka senioralna.

### Brak specjalistów

Kolejną poważną i dotkliwą bolączką jest brak geriatrów oraz poradni i oddziałów o profilu geria-



© iStockphoto.com

„ Czy tego chcemy, czy nie, starzejemy się, a państwo, w tym polski system opieki zdrowotnej, powinno być przygotowane na rosnącą liczbę osób starszych ”

trycznym. Brak geriatrów powoduje, że ciężar opieki lekarskiej nad osobami starszymi spada na lekarzy rodzinnych, którzy nie są do końca przygotowani do sprostania temu zadaniu. Wynika to z faktu, że lekarze ci nie są szkoleni w kierunku geriatry, a prawie połowa z nich nawet w czasie studiów nie ma dostępu do ośrodków geriatrycznych. Z przytoczonego badania PolSenior wynika, że lekarze pierwszego kontaktu nie stosują powszechnie prostych przesiewowych narzędzi pozwalających na rozpoznanie zagrożeń związanych z wiekiem, a co za tym idzie – nie podejmują prób ich usunięcia bądź zmniejszenia. Niewiarygodne, ale prawdziwe.

Jak widać, istnieje potrzeba szkolenia w zakresie opieki geriatrycznej nie tylko lekarzy, lecz także innych grup zawodowych związanych z opieką zdrowotną

i pomocą społeczną, a szczególnie pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych oraz menedżerów ochrony zdrowia, co powinno poprawić skuteczność ich działania oraz wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia i racjonalizowanie wydatków na opiekę zdrowotną.

#### Rządowe próby

By seniorzy mogli pracować dłużej i jak najdłużej cieszyć się dobrym zdrowiem i sprawnością fizyczną, niezbędne są kompleksowe zmiany w sposobie funkcjonowania państwa, w tym w polityce zdrowotnej.

Jakie zatem działania na rzecz rozwoju opieki geriatrycznej w Polsce podjął polski rząd? W Krajowym Raporcie Społecznym z 2012 r. czytamy, że działający od lipca 2007 r. przy ministrze zdrowia Zespół ds. Gerontologii przygotował projekt regulacji w zakresie kompleksowej opieki geriatrycznej. W wyniku jego prac została przygotowana i już wprowadzona tzw. całościowa ocena geriatryczna (COG) jako procedura medyczna, która jest wielowymiarową i ustandaryzowaną oceną poziomu funkcji życiowych, niezbędną do planowania etapów leczenia i opieki nad osobami w wieku podeszłym. Przyczynia się ona do skuteczniejszego leczenia pacjentów, zmniejsza ich umieralność, eliminuje przyjmowanie niepotrzebnych leków i zbyteczne świadczenia medyczne, np. dodatkowe hospitalizacje, przez co ma prowadzić do poprawy życia tych pacjentów bez zwiększania kosztów opieki. Wspomniany Zespół ds.

Gerontologii przygotował „Strategię rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia”, w której zaproponowano przede wszystkim rozwój edukacji gerontologicznej, stworzenie sieci klinik, oddziałów i poradni geriatrycznych. Strategia sugeruje priorytetowe traktowanie geriatry przez 10 lat, w tym preferencyjne kontrakty NFZ dla placówek realizujących świadczenia geriatryczne, akredytowanych na podstawie standardów geriatrycznych. Przygotowano też projekt standardu w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki uruchomiono projekt „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”.

Pomimo tych działań wyniki prowadzonego przez GUS badania ankietowego „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się struktury ludności w świetle prognozy na lata 2014–2050” przygotowanego dla sejmowej Komisji Polityki Senioralnej wskazują, że wśród 32 krajów sklasyfikowanych pod względem samooceny stanu zdrowia osób starszych Polska zajmuje czwarte miejsce, niestety od końca. Gorzej swój stan zdrowia ocenili jedynie seniorzy z Węgier, Łotwy i Litwy. Najlepiej o swoim zdrowiu wypowiadają się Norwegowie, Szwedzi i Szwajcarzy.

Spis ludności z 2011 r. wykazał, że co trzeci Polak w wieku co najmniej 65 lat był niepełnosprawny, co stanowiło prawie 41 proc. grupy osób z niepełnosprawnością. W końcu 2013 r. w Polsce żyło 38,5 mln osób, z czego ok. 5,7 mln miało powyżej 65 lat, a zgodnie z prognozą GUS urodzony w 2050 r. mężczyzna będzie miał przed sobą średnio 81,1 roku życia, a więc o 9 lat więcej niż w 2013 r., a przeciętne trwanie życia kobiety wyniesie 87,5 roku, czyli o 6,4 roku więcej niż obecnie.

### W szpitalu

Jak widać z powyższych danych, rozwój medycyny i poprawa higieny życia wpłynęły na poprawę zdrowia i wydłużenie życia człowieka oraz wzrost liczby ludzi w wieku starszym, co zmusza nas do dostosowywania organizacji opieki zdrowotnej do potrzeb. Obecnie, ponieważ jest zbyt mało oddziałów geriatrycznych, pacjenci starsi wiekiem korzystają z leczenia na innych oddziałach szpitalnych, najczęściej wewnętrznych, kardiologicznych i neurologicznych, chociaż niemała grupa przebywa także na oddziałach zabiegowych, np. ortopedii czy chirurgii. Sporo chorych w wieku starszym jest leczonych na oddziałach onkologicznych. Wszędzie tam bardzo przydatne byłyby konsultacje geriatryczne, właśnie ze względu na odmienności w kwalifikacji do zabiegów chirurgicznych, odmienne reakcje na leczenie czy ze względu na interakcje pomiędzy lekami. Niekompleksowe leczenie skutkuje niedoleczeniem, niepotrzebnymi powikłaniami, a co za tym idzie – częstymi ponownymi hospitalizacjami.

„By seniorzy mogli pracować dłużej oraz jak najdłużej cieszyć się dobrym zdrowiem i sprawnością fizyczną, niezbędne są kompleksowe zmiany w funkcjonowaniu państwa, w tym w polityce zdrowotnej”

A jaka jest rzeczywistość, jeśli chodzi o leczenie seniorów? Lista niedociągnięć nie jest krótka:

- niedoszacowanie pewnych usług medycznych przez płatnika prowadzi do tego, że szpitale bardziej skłaniają się do realizacji krótkich hospitalizacji,
- lekarze rodzinni mają pod opieką zbyt wielu pacjentów i dlatego nie są w stanie składać częstych wizyt domowych mało mobilnym czy leżącym starszym chorym,
- niezbyt duża liczba pielęgniarek środowiskowych ogranicza możliwość korzystania z ich usług,
- bieda i zubożenie większości emerytów uniemożliwia im płatne korzystanie z usług fachowej opieki domowej czy opiekunek społecznych,
- liczba miejsc w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej, takich jak zakłady opiekuńczo-lecznicze czy pielęgnacyjno-opiekuńcze, jest ograniczona, co znacznie wydłuża czas oczekiwania na przyjęcie do placówki, nie zawsze też emeryt jest w stanie pokryć koszty takiego pobytu,
- na oddziałach ratunkowych bardzo duży odsetek pacjentów stanowią właśnie osoby starsze, nierzadko odwodnione, niedożywione, choć wiadomo, że takie oddziały są przeznaczone do sprawowania opieki nad pacjentami w stanie zagrożenia życia, a nie chorymi wymagającymi długotrwałej opieki geriatrycznej.

### Nie nadążamy za rzeczywistością

Z powyższego wynika, że organizacja ochrony zdrowia w Polsce, a także pozostałej pomocy skierowanej do seniorów, nie nadąża za potrzebami. Polski rynek senioralny jest w dużej mierze niedoinwestowany, brak w nim systemowych rozwiązań i kompleksowego, a dokładniej holistycznego podejścia. A zatem przed nami jeszcze długa droga do osiągnięcia sukcesu w tym zakresie. Pytanie, jak tego dokonać, pozostaje wciąż otwarte.

Greta Kanownik

Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie i kierownikiem Działu Administracji Medycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.